

Gesetzliche Krankenversicherung

## Mehr Wirtschaftlichkeit tut Not

Die im April in Kraft getretene Gesundheitsreform krankt unter anderem daran, dass sie keine Vorsorge für den demografischen Wandel vorsieht – etwa in Form von Elementen der Kapitaldeckung. Dabei gab die Krankenversicherung der Rentner 2006 mit 3.768 Euro je Versicherten bereits dreimal so viel aus wie die allgemeine Krankenversicherung der Erwerbstätigen. Und die Ausgaben der Krankenkassen für die älteren Versicherten sind zwischen 1991 und 2006 um 62 Prozent gestiegen – gegenüber knapp 43 Prozent für die übrigen Versicherten. Ein weiterer Schwachpunkt der Reform ist, dass sie wenig Raum für ein kostenbewusstes Verhalten bietet. Zudem wird der durch die neuen Wahltarife geschaffene Wettbewerb zwischen den Kassen schon 2009 mit dem Gesundheitsfonds und dem damit verbundenen Einheitsbeitragsatz wieder ausgehebelt.

Um zu einem wirtschaftlicheren Umgang mit den knappen finanziellen Mitteln anzuspornen, sollten die einkommensabhängigen Krankenkassenbeiträge auf kostenabhängige Versicherungsprämien umgestellt werden. Der Solidargedanke bleibt in diesem Modell gleichwohl gewahrt, denn Gesunde und Kranke zahlen die gleiche Prämie, sozial Schwache werden aus Steuermitteln unterstützt und alle Versicherten haben denselben Anspruch auf medizinische Leistungen.

**Jochen Pimpertz: Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben, IW-Positionen Nr. 28, Köln 2007, 60 Seiten, 11,80 Euro. Bestellung über Fax: 0221 4981-445 oder unter: [www.divkoeln.de](http://www.divkoeln.de)**

Gesprächspartner im IW: **Dr. Jochen Pimpertz, Telefon: 0221 4981-760**

# Gesetzliche Krankenversicherung Nach der Reform ist vor der Reform

**Hausarztmodell, Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung – die Gesundheitsreform brachte immerhin eine Auswahl bei den Krankenversicherungstarifen. Niedrigere Beitragssätze dürften damit in Zukunft jedoch kaum verbunden sein, denn zu mehr Kostenbewusstsein besteht bei allen Beteiligten wenig Anlass. Und auch die Vorsorge für den demografischen Wandel wurde beim Umbau des Systems sträflich vernachlässigt. Der Druck, eine weitere Gesundheitsreform in Angriff zu nehmen, steigt schon jetzt.\*)**

Am 1. April dieses Jahres ist Teil eins der Gesundheitsreform in Kraft getreten. Er eröffnet den gesetzlichen Krankenversicherungen mehr Gestaltungsspielraum. Sie dürfen nun zum Beispiel mit der pharmazeutischen Industrie spezielle Rabatte vereinbaren und ihren Versicherten Wahltarife anbieten – etwa Vergünstigungen bei der Bindung an den Hausarzt, Tarife mit Selbstbehalt oder Rückerstattung (Kasten). Die Zeit für eine grundlegende Gesundheitsreform war reif:

**Zum Jahreswechsel läuteten die Krankenkassen eine weitere Runde mit Beitragssatzerhöhungen ein – die Sätze stiegen im Schnitt um 0,6 Punkte auf 14,8 Prozent.**

Noch 1991 führten Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Mittel gerade einmal

12,3 Prozent des Bruttolohns an die Krankenkassen ab. Der stete Beitragssatzanstieg beruht jedoch nicht etwa darauf – wie häufig beklagt wird –, dass der Sozialversicherung zunehmend die Finanzierungsbasis wegbricht. Die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten sind von 1991 bis 2006 immerhin um 50 Prozent gewachsen.

Damit hat sich die Einnahmesituation der Krankenversicherung deutlich besser entwickelt als das Volkseinkommen je Einwohner in Deutschland, das in den vergangenen 15 Jahren nur um 41 Prozent gestiegen ist – und damit den Richtwert für die finanziellen Möglichkeiten vorgibt. Übertroffen wurde dies alles jedoch von der Ausgabendynamik im Gesundheitswesen (Grafik):

**Die durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen für die Versicherten sind zwischen 1991 und 2006 um satte 60 Prozent gestiegen.**

Daran haben auch zahlreiche kosten-dämpfende Maßnahmen und der Einsatz des Rotstifts im Leistungskatalog nichts ändern können. Der Lücke zwischen Ausgaben- und Einnahme-Entwicklung war stets nur mit kräftigem Drehen der Beitragssatzschraube beizukommen. Trotz aktueller Gesundheitsreform und Konjunkturbelebung rechnen die Spitzenverbände der gesetzlichen Kassen deshalb auch in Zukunft mit weiteren Beitragssatzerhöhungen. Ein Grund dafür ist, dass die Kassen bis Ende 2008 Schulden in Höhe von 3 Milliarden Euro tilgen müssen. Das größere Problem dürfte allerdings sein, dass die Schwachpunkte des deutschen Gesundheitssystems mit der jüngsten Reform nicht in den Griff zu bekommen sind:

**Wenig Raum für Kostenbewusstsein.** Zwar bieten die neuen Wahltarife einen gewissen Anreiz für kostenbewusstes Verhalten – vor allem für Gesunde. Doch die Beiträge knüpfen nach wie vor an Löhnen und Gehältern an und wirken daher ähnlich wie eine Lohnsteuer. Wer mehr verdient, zahlt – bis zur Bemessungsgrenze – so auch einen höheren Beitrag, wer weniger verdient, zahlt weniger.

Es lohnt sich also, im Krankheitsfall die teuersten Behandlungsmethoden und Medikamente in Anspruch zu nehmen – denn auf den persönlichen Beitrag zur Krankenversicherung hat dies keinen Einfluss. Doch wenn schon die Patienten keinen Blick für die Kosten haben, entsteht auch kein Wirtschaftlichkeitsdruck auf die Kassen und Mediziner sowie all die anderen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen.

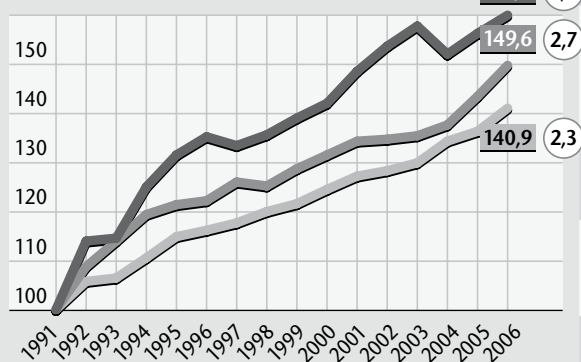
**Kaum Wettbewerb.** Immerhin sorgen Versicherungstarife mit Selbstbehalt und Gutschriften für Bewegung im System.

\*) Vgl. Jochen Pimpertz: Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben, IW-Positionen Nr. 28, Köln 2007, 60 Seiten, 11,80 Euro. Bestellung über Fax: 0221 4981-445 oder unter: www.divkoeeln.de

## Gesetzliche Krankenversicherung: Ausgaben laufen davon

1991 = 100

- Ausgaben je Versicherten
- Beitragspflichtige Einkommen je Versicherten
- Volkseinkommen je Einwohner
- Veränderung im Jahresdurchschnitt von 1991 bis 2006 in Prozent



2006: vorläufig; Versicherte: Beitragszahler und beitragsfrei versicherte Familienangehörige  
 Ursprungsdaten: Bundesministerium für Gesundheit, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Statistisches Bundesamt

Institut der deutschen  
Wirtschaft Köln

### Reformen haben wenig bewirkt

- 1993 Budgetierung der Ausgaben für medizinische Leistungen
- 1996 Einführung des Kassenwahlrechts, Leistungskürzungen (z.B. Krankengeld)
- 1997 Erhöhte Zuzahlungen und weitere Leistungskürzungen (Zahnmedizin), Gestaltungsrechte (z.B. Selbstbehalte)
- 1999 Rücknahme der Gestaltungsrechte, der Leistungskürzungen (Zahnmedizin) sowie der Zuzahlungserhöhung, Erweiterung der Budgetierungsvorschriften
- 2001 Aussetzen des Kassenwahlrechts und des Arzneimittelbudgets
- 2003 Verbot von Beitragssatzerhöhungen, außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
- 2004 Einführung der Praxisgebühr, Neuordnung und Erhöhung der Zuzahlungen, Leistungskürzungen, volle Beitragspflicht auf Einkommen aus betrieblicher Altersvorsorge

© 21/2007 Deutscher Instituts-Verlag

Wenn im Jahr 2009 mit dem Gesundheitsfonds der zweite Teil der Gesundheitsreform in Kraft tritt, wird der Wettbewerb jedoch wieder ausgehebelt. Denn dann legt die Gesundheitsministerin einen einheitlichen Beitragssatz fest, womit ein Element des Kassenwettbewerbs entfällt. Preisunterschiede ergeben sich von da an nur noch aus den Bonifikationen der unterschiedlichen Wahltarife und den Zusatzbeiträgen:

– Kassen, die mit dem einheitlichen Beitragssatz Überschüsse erwirtschaften, können diese am Jahresende an ihre Versicherten ausschütten – zusammen mit den Boni aber insgesamt nicht mehr als 900 Euro jährlich.

– Defizitäre Kassen müssen hingegen Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern

## Die neuen Wahltarife

AOK, Barmer und Co. sind seit April verpflichtet, Versicherungstarife mit besonderen Formen der Versorgung anzubieten – zum Beispiel für chronisch Kranke oder die Bindung an einen Hausarzt. Die Teilnahme daran ist freiwillig. Wer sich für ein solches Angebot einschreibt, erhält einen Bonus – zum Beispiel eine Befreiung von Zuzahlungen. Was darüber hinaus an Wahlтарifen möglich ist:

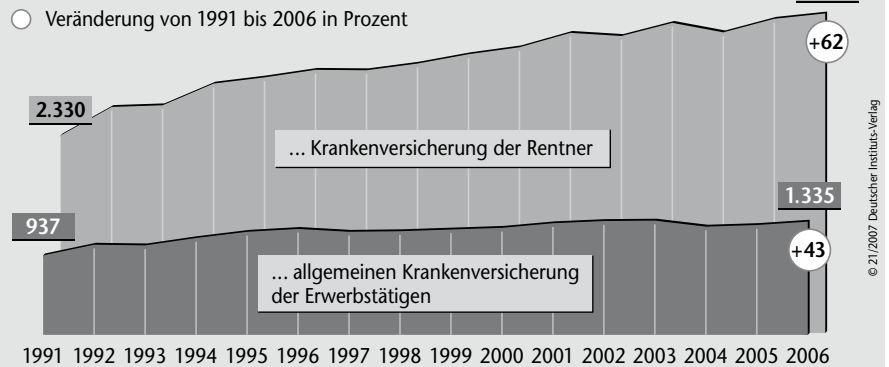
**Tarif mit Selbstbehalt.** Der Versicherte hat abhängig von seinem monatlichen Bruttoeinkommen eine bestimmte Summe der jährlichen Behandlungskosten selbst zu tragen. Im Gegenzug erhält er einen Bonus, der etwas niedriger angesetzt ist als der Selbstbehalt. Wer gesund bleibt, macht trotzdem einen guten Schnitt: Er kassiert den vollen Betrag, ohne in die eigene Tasche greifen zu müssen. Selbstbehalt und Gutschrift variieren je nach Kasse. Auch wie Familienangehörige einbezogen werden und ob Vorsorgeuntersuchungen vom Selbstbehalt ausgeklammert sind, ist unterschiedlich geregelt.

**Tarif mit Beitragsrückerstattung.** Die zweite Variante sieht Rückzahlungen für den Fall vor, dass der Versicherte in einem Jahr keine Behandlungskosten verursacht. Dann kann er bis zu einem Zwölftel seines Jahresbeitrags erstattet bekommen – jedoch nicht mehr als 600 Euro im Jahr. Die konkreten Modalitäten sind auch hier von Kasse zu Kasse verschieden.

Beide Varianten stehen allen Mitgliedern offen und nicht wie bisher nur den freiwillig Versicherten. Wer sich dafür entscheidet, bindet sich allerdings für mindestens drei Jahre an den Tarif.

## Gesundheitsleistungen: Mit dem Alter immer teurer

Ausgaben je Versicherten in der ..., in Euro



Ausgaben: ohne Verwaltungskosten; Versicherte: Beitragszahler und beitragsfrei versicherte Familienangehörige; 2006: vorläufig; Ursprungsdaten: Bundesministerium für Gesundheit, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Institut der deutschen Wirtschaft Köln

einfordern. Diese dürfen sich aber höchstens auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Entgelts belaufen. Bei der zurzeit gültigen Beitragsbemessungsgrenze entspricht dies 427,50 Euro im Jahr.

**Gäbe es den Gesundheitsfonds mit seinem einheitlichen Beitragssatz heute schon, läge der maximal mögliche Unterschied zwischen teuerster und billigster Krankenkasse bei 1.327,50 Euro.**

Tatsächlich konnte sich ein Mitglied zu Beginn dieses Jahres beim Kassenwechsel im Extremfall um 3,5 Beitragssatzpunkte verbessern und damit bis zu 1.500 Euro im Jahr sparen. Der finanzielle Anreiz für eine kostenbewusste Nachfrage und ein ebensolches Angebot nimmt somit durch den Gesundheitsfonds ab.

**Keine Vorsorge für den demografischen Wandel.** Zuletzt gab die Krankenversicherung der Rentner je Versicherten 3.768 Euro aus. Damit sind ihre Kosten pro Kopf schon heute dreimal so hoch wie in der allgemeinen Krankenversicherung der Erwerbstätigen. Doch dabei wird es nicht bleiben (Grafik):

**Die Ausgaben der Krankenkassen für die älteren Versicherten sind von 1991 bis 2006 um 62 Prozent gestiegen und damit deutlich stärker als die Ausgaben für die übrigen Versicherten, die um knapp 43 Prozent zulegten.**

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden die für die Krankenkassen teuren Altersgruppen in Zukunft immer stärker besetzt sein. Zugleich dünnt aber die Generation der Beitrags-

zahler aus, weil immer weniger Erwerbstätige nachrücken. Die Beitragslast muss auf weniger Schultern verteilt werden – die Beitragssätze drohen in der Folge kräftig zu steigen.

Zumindest zum Teil ließe sich dies verhindern, wenn bereits heute für die altersbedingt steigenden Ausgaben Vorsorge getroffen würde. Doch die aktuelle Gesundheitsreform sieht keine Elemente der Kapitaldeckung im Krankenversicherungssystem vor.

Um wenigstens zu einem wirtschaftlicheren Umgang mit den knappen finanziellen Mitteln anzuspornen, sollten die einkommensabhängigen Krankenkassenbeiträge auf kostenabhängige Versicherungsprämien umgestellt werden. Der Solidargedanke bliebe gleichwohl gewahrt:

- Gesunde und Kranke zahlen die gleiche risikounabhängige Prämie.
- Sozial Schwache werden aus Steuermitteln unterstützt.
- Alle Versicherten haben denselben Anspruch auf medizinische Leistungen.

Wer diese Leistungen anbieten darf, würde im Prämienmodell jedoch von Tarif zu Tarif variieren. Denn Kassen, Ärzte, Therapeuten & Co. genießen Vertragsfreiheit. Sie werden somit gezwungen, sich sowohl über die Qualität ihres Angebots als auch über dessen Wirtschaftlichkeit für die Versorgung ihrer jeweiligen Kunden zu empfehlen. Die Effizienzreserven würden somit genau dort gehoben, wo man sie bislang vermutet – ohne dass die Patientenversorgung leidet.